

**Współczesne umieranie.
Zagadnienia etyczne związane z końcem życia.
Opieka lekarza nad umierającym.**

**Małgorzata Krajnik
Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej CM UMK w Bydgoszczy**

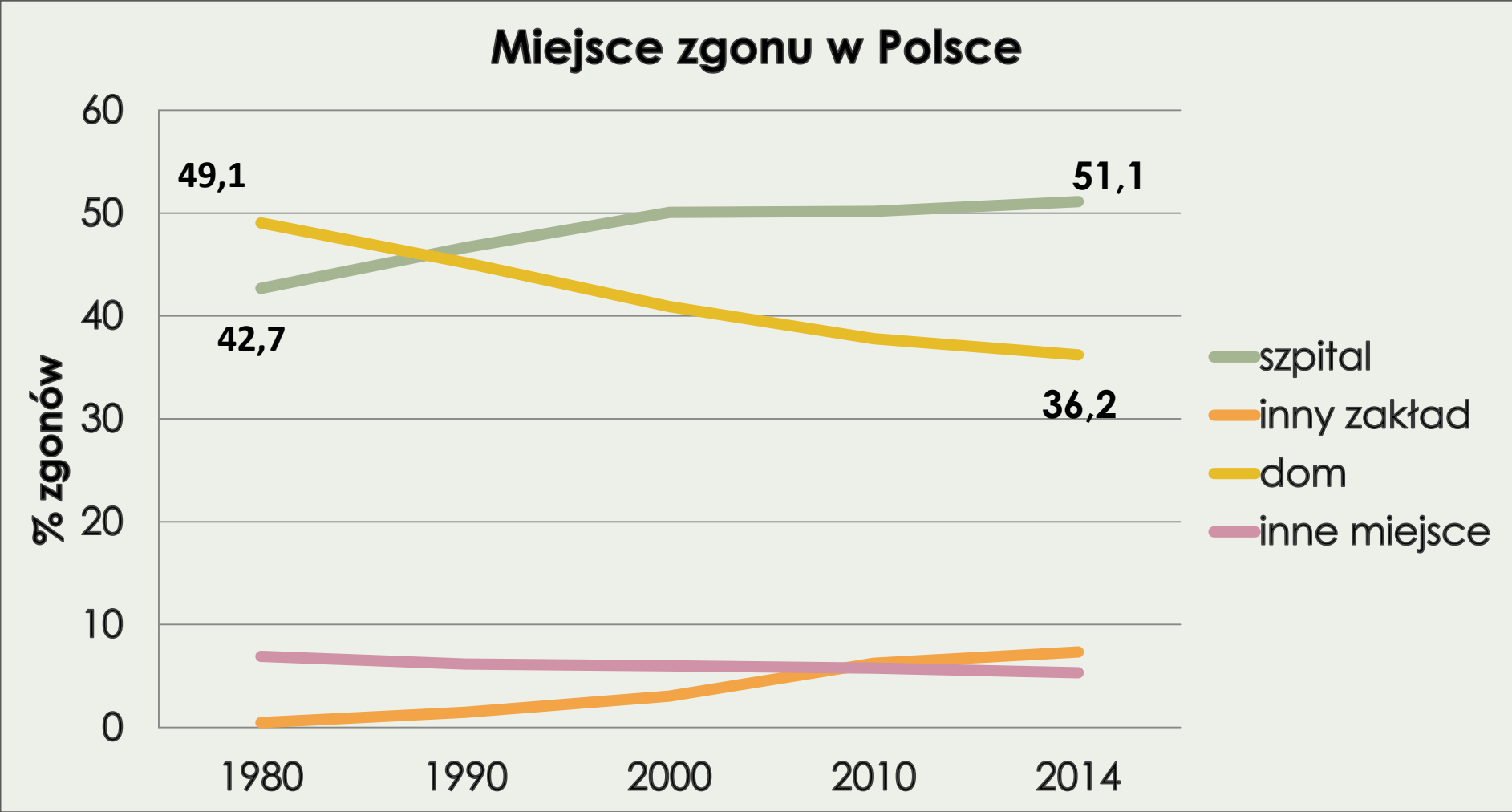
Zagadnienia

Współczesne umieranie.

Zagadnienia etyczne związane z końcem życia.

Opieka lekarza nad umierającymi.

Język umierających.



Na podstawie: Główny Urząd Statystyczny 2015

Miejsce umierania (UK 2010)

Miejsce	Grupy wiekowe (lata)					
	45-64		65-74		≥75	
	Preferowane %		Preferowane %		Preferowane %	
Dom	63		56		45	
Hospicjum	32		37		41	
Szpital	1		4		6	
Dom opieki	1		2		5	

Te 3 grupy reprezentują 95% wszystkich zgonów (45-64 lata 13%; 65-74 lata 16%; ≥75 lat 67% zgonów)

Miejsce umierania (UK 2010)

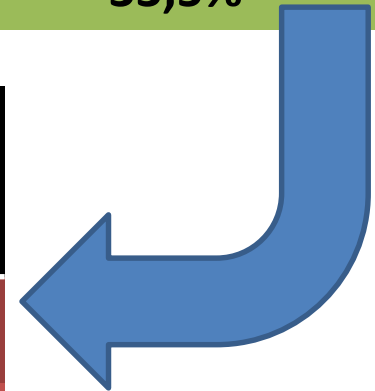
Miejsce	Grupy wiekowe (lata)					
	45-64		65-74		≥75	
	Preferowane %	Aktualnie %	Preferowane %	Aktualnie %	Preferowane %	Aktualnie %
Dom	63	32	56	28	45	17
Hospicjum	32	11	37	9	41	3
Szpital	1	50	4	54	6	54
Dom opieki	1	3	2	7	5	25

Te 3 grupy reprezentują 95% wszystkich zgonów (45-64 lata 13%; 65-74 lata 16%; ≥75 lat 67% zgonów)

Wzrost częstości pobytu chorego u kresu jego życia w Oddziale Intensywnej Terapii (ICU) w USA

	1989 (wg CDC)	2000 (wg Teno)	2009 (wg Teno)
szpital	49 %	32,6%	26,9%
dom	15%	30,7%	33,5%

> 7 dni w OIT (ICU) w ostatnim miesiącu życia	
2000 rok	2009 rok
24.3%	29,2%



Teno et al. JAMA 2013,309:470-7

Rothman D. NEJM 2014;370:2457-60

CDC – The Centers for Disease Control and Prevention

Decyzje medyczne pod koniec życia

- Decyzje pod koniec życia często dotyczą coraz bardziej złożonych problemów
- Ponad 50% chorych nie jest w stanie podejmować świadomie decyzji pod koniec życia
- ↑ technologii medycznych (prawie 90% pacjentów szpitalnych w USA umiera po decyzji o rezygnacji z jakiejś procedury, która mogłaby być wypróbowana)
- Obciążenie bliskich udziałem w podejmowaniu decyzji - 33-69% członków rodzin chorych zmarłych w OIT cierpi z powodu zespołu stresu pourazowego
- Obciążenie finansowe
- Samotność chorych (zwłaszcza w podeszłym wieku), brak bliskich



Kontrowersje związane z przedterminowymi poleceniami

(Advance directives)

- Living will (wola życia) – jaki rodzaj postępowania lub jakie zabiegi podtrzymujące życie chory sobie życzy w przypadku śmiertelnej choroby
- DPA (Durable Power of Attorney for Health Care); trwałe pełnomocnictwo dla służby zdrowia – wyznacza osobę, która będzie podejmować decyzję w imieniu pacjenta

Podejście w USA środowisk katolickich /zgodnych z duchem opieki paliatywnej:

Biała Księga opublikowana w: *The Linacre Quarterly* 80 (2) 2013, 103–138

Rekomenduje:

- **Niewspieranie oświadczeń woli (AD) opartych na „odhaczaniu odpowiedzi w kwadratach” (zwłaszcza przy pytaniach o wybory interwencji medycznych)**
- **Promowanie *Protective Medical Decision Documents* (zaznaczających niezgodę na intencjonalne skracanie życia)**
- **Proponuje zaangażowanie w inicjatywy typu: “*Preparation for in-the-Moment-of-Need Medical Decision-Making*”**

Sudore, R. L., and T. R. Fried. Redefining the ‘Planning’ in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Annals of Internal Medicine* 2010;153:256–61

PREPARE

A program to help you make medical decisions for yourself and others



Step 1

Choose a medical decision maker.

Step 2

Decide what matters most in life.

Step 3

Choose flexibility for your decision maker.

Step 4

Tell others about your medical wishes.

Step 5

Ask doctors the right questions.

Visit our website: PrepareForYourCare.org

User Name:

Password:

Or call 1 (888) 750-2217

www.prepareforyourcare.org



How to Use a Computer

 **PREPARE** 

How to Ask Someone to Be Your Decision Maker

You can watch this video with your friends and family.



Sudore et al. A novel website to prepare older adults for decision making and advance care planning: a pilot study. J Pain Symptom Manage 2014;47:674-686

Najnowszy projekt dotyczący pełnomocnika medycznego w Polsce (wg Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia)

Szeroczyńska M, Czarkowski M, Krajnik M, Krajewski R, Pawłowski L, Adamczyk A, Barczak-Oplustil A, Aszyk P, Kobylński A, Pasierski T, Sobański P, Bołoz On Behalf Of The Polish Working Group On End-Of-Life Ethics. Institution of the health care agent in Polish legislation: position of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics. Pol Arch Intern Med 2016 May 5;126(5):313-20

Szeroczyńska i wsp. Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Medycyna Praktyczna 2016; 303: 102-112.

Pełnomocnik medyczny

- **Pełnomocnik medyczny to wybrana przez pacjenta osoba, która reprezentuje jego wolę, stanowisko oraz interesy w sytuacji, gdy sam pacjent nie może tego uczynić samodzielnie**
- **Mocodawca jest całkowicie wolny w wyborze osoby, pod warunkiem, że wyznaczona osoba posiada:**
 - **pełną zdolność do czynności prawnych**

Zagadnienia

Współczesne umieranie.

Zagadnienia etyczne związane z końcem życia .

Opieka lekarza nad umierającymi.

Język umierających.

Opieka paliatywna

Wszystkie kraje Europy, USA, Kanada

Definicja WHO:

Opieka paliatywna jest postępowaniem mającym na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z chorobą ograniczającą życie poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych i duchowych.

- ▶ **afirmuje życie, ale godzi się ze śmiercią jako naturalnym procesem**
- ▶ **nie przyspiesza śmierci, ale też nie wydłuża uporczywie umierania**

- **Lukas Radbruch, Carlo Leget, Patrick Bahr, Christof Müller-Busch, John Ellershaw, Franco de Conno, Paul Vanden Berghe; on behalf of the board members of the EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. Palliative Medicine, 2015; 30: 104–116**
- **Med. Prakt., 2016; 6: 110–125**

„Medical aid in dying”

Współczesne umieranie

Eutanazja - lekarz (lub inna osoba) w sposób zamierzony zabija człowieka (intentionally killing a person) podając środki na jego dobrowolną i świadomą prośbę

Holandia (2002; >12 rż.); Belgia (2002; 2014–bez ograniczeń wieku, gdy chory terminalnie); Luksemburg (2009)

Wymóg – cierpienie fizyczne lub psychiczne nie do wytrzymania, bez szansy poprawy

Kanada (od IV 2016) ustawa o „medical aid in dying” uzupełniająca decyzję Sądu Najwyższego z 2015 pozwalająca na PAS

Samobójstwo wspomagane (AS) - osoba umyślnie pomaga innej osobie zakończyć życie, na jej dobrowolną i świadomą prośbę

Szwajcaria (1942)

Samobójstwo wspomagane z towarzyszeniem lekarza (PAS) – lekarz umyślnie pomaga osobie zakończyć życie poprzez dostarczenie, na jej dobrowolną i świadomą prośbę, środków, które może ona samodzielnie sobie zaaplikować

Holandia, Belgia, Luksemburg

Stany USA: Oregon (1994); Washington (2008); Montana (2009); Vermont (2013); Kalifornia (X 2015)

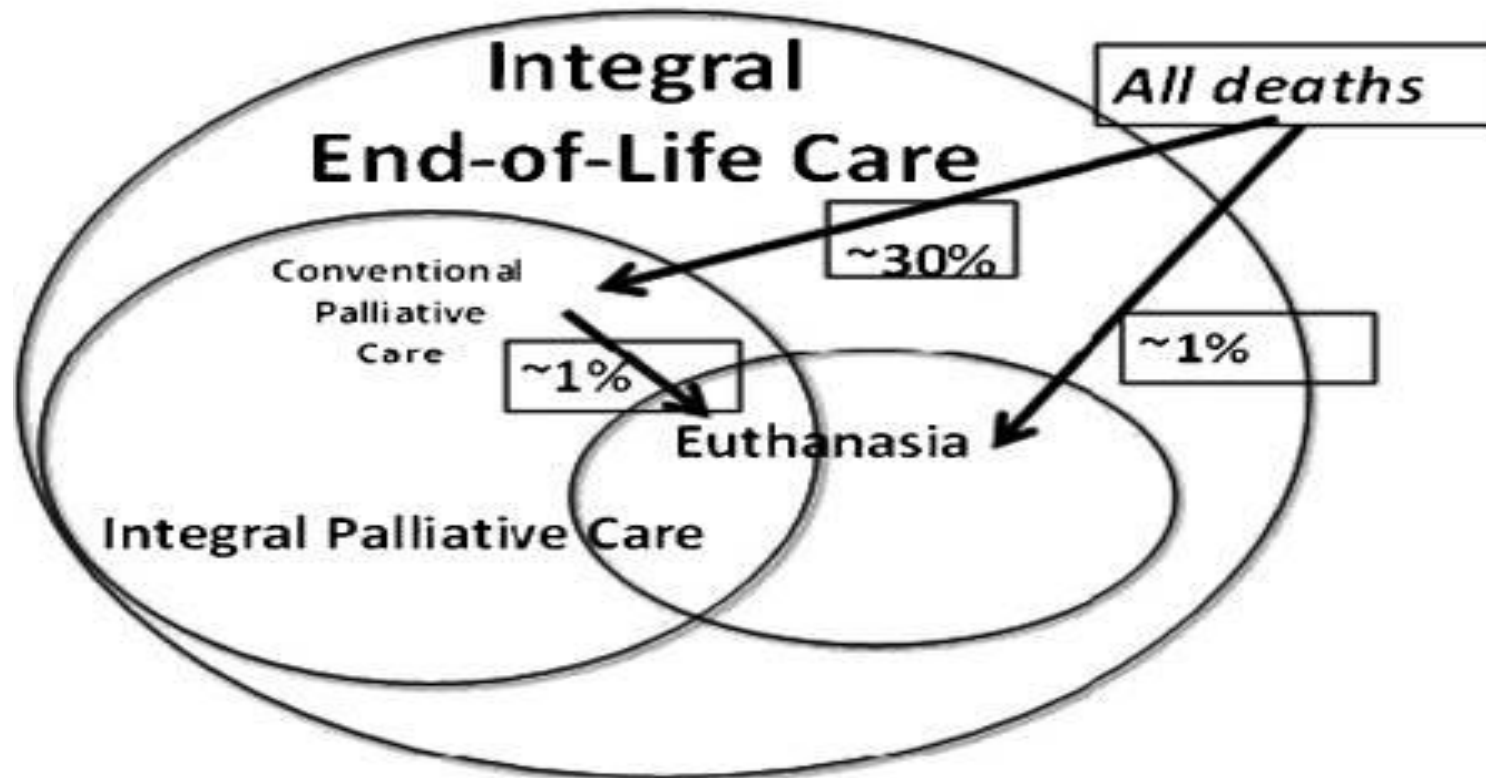
Kanada

Sedacja na życzenie

Francja (I 2016)

- **W 2015 roku w Holandii przeprowadzono 4501 eutanazji (3.2% wszystkich zgonów) oraz 286 PAS (0,2% zgonów) i lub obu 42 (<0.1% zgonów).**
- **W 2013 = eutanazja u 97 chorych z demencją oraz u 42 chorych psychiatrycznie.**
- **W prawie holenderskim – zgoda na aktywne zakończenie życia noworodków urodzonych z poważnymi chorobami, w przypadku których dochodzi się do wniosku, że zakończenie ich życia jest najlepszą opcją (protokół z Groninngen).**

The Belgian Model of End-of-Life Care



Belgian Modified Classification for Donors After Circulatory Death

Uncontrolled DCD

I	Dead on arrival	Includes victims of a sudden death, whether traumatic or not, occurring out of or in the hospital and who, for obvious reasons, have not been resuscitated.
II	Unsuccessful resuscitation	Includes patients who have a CA and in whom CPR has been applied and was unsuccessful. CA occurs out of or in the hospital, being attended by healthcare personnel with immediate initiation of CPR.

Controlled DCD

III	Awaiting cardiac arrest	Includes patients in whom withdrawal of life-sustaining therapies is applied, as agreed on within the healthcare team and with the relatives or representatives of the patient.
IV	Cardiac arrest while brain dead	Includes patients who have a CA during a DBD procedure.
V	Euthanasia	Includes patients who grant access to medically assisted circulatory death.

Evrard P on behalf of the Belgian Working Group on DCD National Protocol. Belgian Modified Classification of Maastricht for Donors After Circulatory Death. Transplant Proc 2014, 46:3138-42.

„Euthanasia donors accounted for 12.8% of all lung DCDs. Immediate post-transplant graft function and long-term outcome in recipients was excellent. **More euthanasia donors are to be expected with more public awareness**”

Raemdonck et al. Lung transplantation with grafts recovered from euthanasia donors. Interact CardioVasc Thorac Surg (2013) 17 (suppl 1): S1-S62. doi: 10.1093/icvts/ivt288.99

„The dead donor rule states that donation should not cause or hasten death. Since a patient undergoing euthanasia has chosen to die, it is worth arguing that the no-touch time (depending on the protocol) could be skipped, limiting the warm ischaemia time and contributing to the quality of the transplanted organs . **It is even possible to extend this argument to a ‘heart-beating organ donation euthanasia’ where a patient is sedated, after which his organs are being removed, causing death.**”

Bollen J et al. Legal and ethical aspects of organ donation after euthanasia in Belgium and the Netherlands. J Med Ethics 2016



Styczeń 2015

Władze Litwy
zrezygnowały z planów
zalegalizowania
eutanazji. ... Twarzą
protestu stała się
siostra Michaela Rak

Pragnienie przyspieszenia śmierci

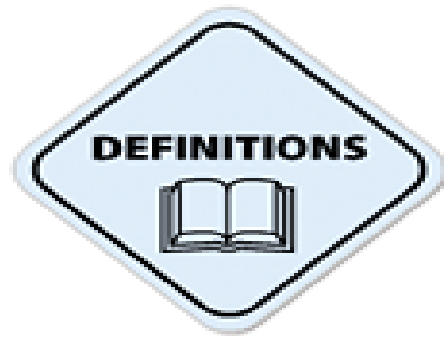
1. Manifestacja woli życia
2. Nie chcę żyć w taki sposób jak teraz
3. Ostra sytuacja nie do wytrzymania
4. Szukanie pomocy w specyficznej sytuacji
5. Ostatni sposób „kontroli”/autonomii
6. Sposób na zwrócenie uwagi
7. Altruizm
8. Manipulacja bliskimi
9. Wołanie o pomoc

Trudne sytuacje pod koniec życia

Agresywna
„uporczywa”
terapia do końca



Pragnienie
przyspieszenia
śmierci



- Ocena proporcjonalności leczenia (czy zachodzi relacja odpowiedniej proporcji pomiędzy zastosowanymi środkami a osiągniętym celem)
- Terapia daremna (*futile treatment*) – ocena lekarza
- Terapia uporczywa – ważna wola chorego; „negocjacje”

Pomoc chorym w stanach terminalnych (Kodeks Etyki Lekarskiej)

Art. 30.

Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

Art. 31.

Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

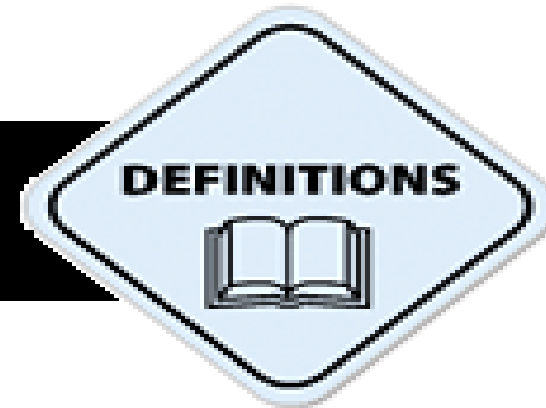
Art. 32.

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.
2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Uporczywa terapia

- **..”jest to odmowa ‘uporczywej terapii’. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta” (*Katechizm Kościoła Katolickiego*)**

Consensus Polskiej Grupy Roboczej
ds. Problemów Etycznych Końca Życia



- „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”.
- *Medycyna Paliatywna w Praktyce (www.mpp.viamedica.pl), 2008;*

Zagadnienia

Współczesne umieranie.

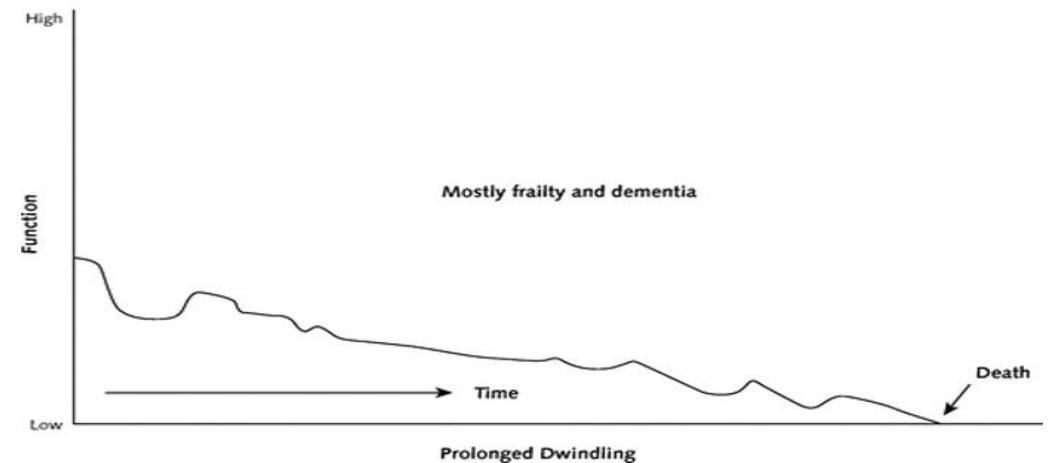
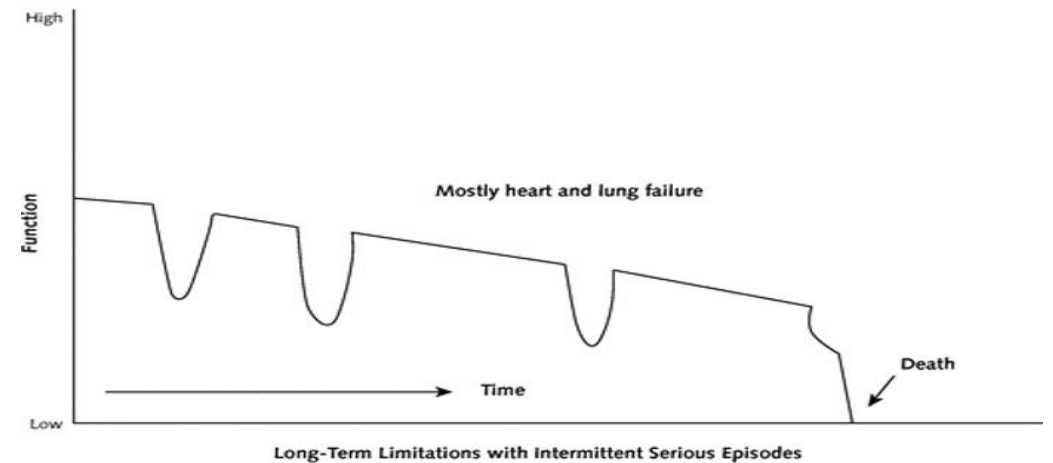
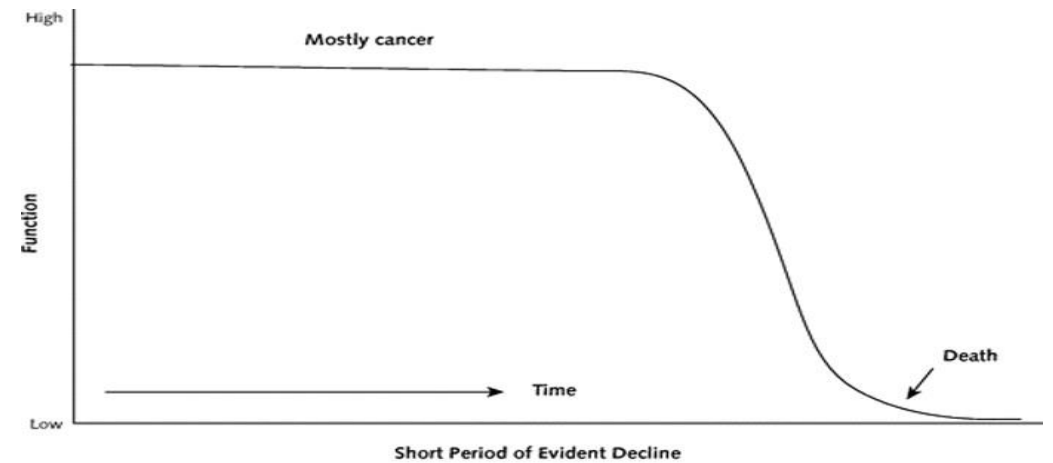
Zagadnienia etyczne związane z końcem życia.

Opieka lekarza nad umierającymi.

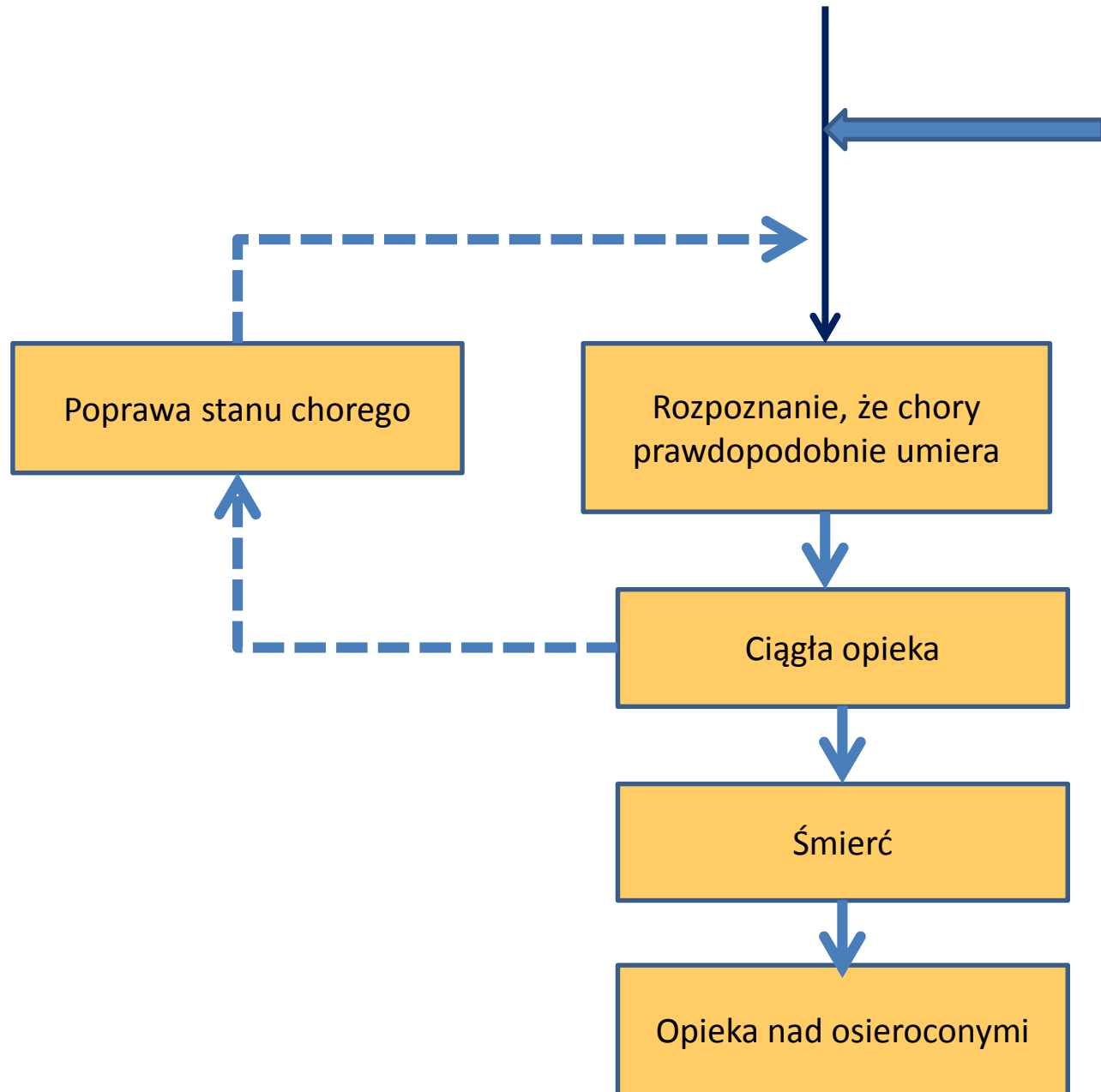
Język umierających.

Zbliżanie się do śmierci – 2 główne cele równoczesne:

- Jak najlepsza jakość życia, którym chorym żyje w tej chwili
- Przygotowanie do śmierci, która jest przed nim



Przygotowanie (się) do
umierania



Trajektoria opieki nad
umierającym

Ostatnie miesiące/tygodnie życia chorych na nowotwory dni („transitional phase”)

Zmniejszające się zainteresowanie światem zewnętrznym

Rozmyślanie nad swoim życiem, wspomnianie, ocenianie jak żyłem, czego żałuję

Wypełnianie niezakończonych spraw

Zmniejszony apetyt

Postępująca utrata masy ciała

Postępujące zmęczenie i/lub osłabienie

Więcej przesypiania

Okresy dezorientacji

Upadki

Nietrzymanie moczu/stolca

W ostatnich godzinach (czasem dniach) życia..

- Może wystąpić „przypływ energii”(chce wstać, rozmawiać, zjeść)
- Ogromne osłabienie, leży w łóżku
- Problemy z połykaniem, płyny małymi łykami, nie połyka tabletek;
- Senność, przesypia większość czasu
- Coraz krótsze okresy uwagi; ↓ poziom świadomości;
- Nearing Death Awareness
- Zazwyczaj powoli traci przytomność, nie widzi tego, co wokoło, pomimo że oczy mogą być otwarte (zapadnięcie gałek ocznych i niemożności domknięcia powiek)
- Rozluźniają się mięśnie twarzy i nos staje się „dominujący”
- Zwykle nie reaguje na otoczenie, ale prawdopodobnie słyszy
- Tętno coraz słabiej wyczuwalne, stopniowo obniża się ciśnienie tętnicze
- Oddechy wolniejsze, zmienne w amplitudzie, często jako oddech Cheyne-Stokesa
- Może dochodzić do nietrzymania moczu i stolca
- Skóra coraz zimniejsza, lepka, może pojawiać się sinica na kończynach i wokół ust
- Zatrzymanie czynności układu krążenia oraz oddechowego

5 „Priorities for Care” w UK

- **Rozpoznanie** prawdopodobieństwa, że chory umrze w ciągu najbliższych dni/godzin; przejrzysta/otwarta komunikacja na ten temat; podejmowanie decyzji o opiece zgodnie z potrzebami i życzeniami chorego; regularna ocena i sprawdzanie;
- Uważna/z wrażliwością **komunikacja** między zespołem terapeutycznym a umierającym i jego bliskimi;
- **Włączenie** umierającego i osób identyfikowanych jako ważne dla chorego, w decyzje na temat leczenia i opieki;
- Aktywne badanie, jakie są potrzeby rodziny i bliskich, szanowanie i udzielanie **wsparcia**, na ile to możliwe;
- Indywidualny **plan** opieki (żywienie/nawadnianie, leczenie objawowe, wsparcie duchowe, psychiczne i społeczne) jest ustalany, koordynowany i **realizowany** ze współczuciem;

Zadania lekarza w okresie umierania

- Rozpoznanie, że chory najprawdopodobniej umiera; wykluczenie potencjalnie odwracalnych przyczyn pogorszenia stanu chorego
- Ocena wskazań do stosowanej dotychczas terapii
- Stosowanie optymalnego leczenia objawowego
- Całościowa ocena potrzeb chorego i jego bliskich, zapewnienie im wsparcia psychicznego, społecznego, duchowego

Budowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa

Dbłość o dobrą komunikację z chorym i jego bliskimi

Rozpoznawanie, rozważanie, przedyskutowanie i znajdowanie optymalnych rozwiązań w obliczu problemów etycznych

Zatroszczenie się o bliskich bezpośrednio po śmierci chorego

Ocena bio-psycho-socjalno-duchowa potrzeb chorego

wymiar	objawy	postępowanie
Fizyczny		
Psychiczny		
Socjalny		
Duchowy		

Całościowa ocena potrzeb chorego

The Patient Dignity Question (PDQ)

"What do I need to know about you as a person to give you the best care possible?,,

<http://dignityincare.ca/en/toolkit.html>

Zadania w zakresie leczenia objawowego w okresie umierania

Właściwa ocena objawów i ich przyczyn

Bóle w okresie umierania

- **Ból(e) występujący/(e) już wcześniej**
- **Nowe bóle w okresie umierania, wynikające z:**
 - **progresji choroby**
 - **zmiany leków i/lub dróg ich podawania**
 - **zaburzeń wchłaniania leków z przewodu pokarmowego lub tkanki podskórnej**
 - **złamań patologicznych**
 - **zmian w jamie ustnej**
 - **zatrzymania moczu/zaparcia**
 - **odleżyn**
 - **hiperalgezji (opiodowej)**
 - **cierpienia duchowego, psychicznego.**

Przyczyny (potencjalnie odwracalne) niepokoju/pobudzenia

- zatrzymanie moczu/zaleganie mas kałowych
- bóle stawów/sztywność mięśni
- odleżyny
- niezadowalająco leczone objawy (np. ból, świąd, duszność)
- toksyczność leków, hiperalgezia lub neurotoksyczność (opiodowa)
- zespół serotoninowy (i inne objawy wynikające z interakcji lekowych)
- odstawienie nikotyny, alkoholu, opiodów
- stosowanie leków wykazujących niekiedy efekty psychoaktywne (steroidy, BZ)
- zaburzenia narządowe/organiczne/metaboliczne (np. niewydolność nerek, wątroby, odwodnienie, hipoksja, hiperkalcemia, niedożywienie)
- mioklonie
- infekcje
- zaburzenia słuchu, widzenia
- niewygodne łóżko, zwinięte prześcieradło, niewygodne ułożenie chorego
- cierpienie duchowe i/lub psychiczne
- ciemny korytarz, cienie, hałas, nieznane otoczenie itp.

INTERWENCJE NIEFARMAKOLOGICZNE W Niepokoju/pobudzeniu

Działanie przyczynowe

Zadbanie o równowagę między niemożnością odbierania bodźców a nadmiarem bodźców:

- Okulary/aparaty słuchowe
- Odpowiednie oświetlenie (unikać cieni)
- Obniżenie poziomu hałasu: w ciągu dnia < 45 db (biblioteka), w ciągu nocy <20 db (szum liści z oddali)
 - Goldstein NE & Morrison RS (eds.) Evidence-based practice of palliative medicine. Elsevier Saunders, Philadelphia 2013: 218-26.
- Stabilność otoczenia – opiekunów/zespołu, fotografii, znanych przedmiotów (poduszki, koce), pokoju, rutyny
- Nadmierna liczba odwiedzających? Zabiegi powodujące ból (pobranie krwi)? Etc....
- Zadbanie o uproszczoną komunikację z chorym

Zadania w zakresie leczenia objawowego w okresie umierania

- **Właściwa ocena objawów i ich przyczyn**
- **Wprowadzenie/modyfikacja uprzednio wdrożonego łagodzenia objawów (np. leków przeciwbólowych, zmniejszających duszność, przeciwwymiotnych. anksjolityków,)**

Objaw	Leki/ interwencje
Ból	Opioidy parenteralnie; koanalgetyki
Duszność	Opioidy, benzodiazepiny, nefarmakologiczne (wiatraczek)
Nudności	Metoklopramid, haloperidol, lewomepromazyna
Splątanie	Przyczynowe i nefarmakologiczne; neuroleptyk +/- benzodiazepina
Rzężenia umierającego	Pozycja na bok; butylbromek hioscyny; edukacja rodziny rozważenie delikatnego odsysania z jamy ustnej
Suchość w jamie ustnej	Pielęgnacja jamy ustnej; nawilżanie śluzówek; balsam na usta
Nietrzymanie moczu	Cewnikowanie; podkłady

Rzężenia umierającego

- Typ 1 – prawdziwe rzężenia umierającego; pojawiają się szybko; głównie ślina + ↓ odruchy przełykania;
- Typ 2 – pseudo rzężenia; wolniej (dni); ↑ sekrecja w układzie oddechowym + ↓ odruchy kaszlowe;
- Około 50% umierających w ostatnich 48 h – ma rzężenia
- Istotny wskaźnik, w przypadku typu I- że chory umiera (16-57 h przed śmiercią)

Rzężenia umierającego

- Wykluczyć obrzęk płuc
- Pozycja na bok
- Wytłumaczyć rodzinie !!!!!!!!!!!!!!!
- Butylobromek hyoscyny
- Rozważyć delikatne odsysaniem z jamy ustnej

Zadania w zakresie leczenia objawowego w okresie umierania

- Właściwa ocena objawów i ich przyczyn
- Wprowadzenie/modyfikacja uprzednio wdrożonego łagodzenia objawów
- Zadbanie o właściwą drogę podawania leków, o dawkowanie
- Zabezpieczenie chorego w leki „w razie potrzeby” (oprócz stałego podawania leków łagodzących istniejące objawy) oraz, jeśli trzeba, jako prewencja bólu incydenalnego
- Rozważenie wskazań do nawadniania, zadbanie o komfort chorego (bardzo ważne – łagodzenie suchości w jamie ustnej);
- Przygotowanie zespołu i opiekunów na kryzys (np. krwotok);

Kryzys pod koniec życia

- **Profilaktyka i przygotowanie!!!**
- **Krwotok**
- **Nagła duszność: z obturacji, tamponady (płyn w jamie osierdza), masywnego zapalenia płuc, zatorowości płucnej**
- **Stan padaczkowy**
- **Ból nie do wytrzymania (złamania patologiczne, kompresja rdzenia kręgowego, krwawienie do wątroby)**

System ABC (A – assure, B – be there, C – comfort and calm) w krwotoku płucnym u umierających z powodu nowotworu w domu.

A – aranżuj odpowiednią pomoc na wypadek krwawienia płucnego

- poinformuj o ryzyku krwawienia
- poinformuj o prawdopodobnym scenariuszu
- edukuj, jak właściwie postępować w przypadku krwawienia
- przygotuj właściwą pomoc – leki, ręczniki, torbę na zużyte materiały

B – bądź blisko

- zapewnij choremu poczucie bezpieczeństwa
- towarzysz choremu, kiedy jest to możliwe

C – czyń to, co zostało ustalone

- zapewnij choremu odpowiednie ułożenie
- zapewnij drożność dróg oddechowych
- podaj (jeśli trzeba i są wskazania) przygotowane wcześniej środki medyczne, np. w nasilonym lęku midazolam
- zapewnij pomoc psychologiczną bliskim w przypadku zgonu chorego wskutek krwotoku płucnego

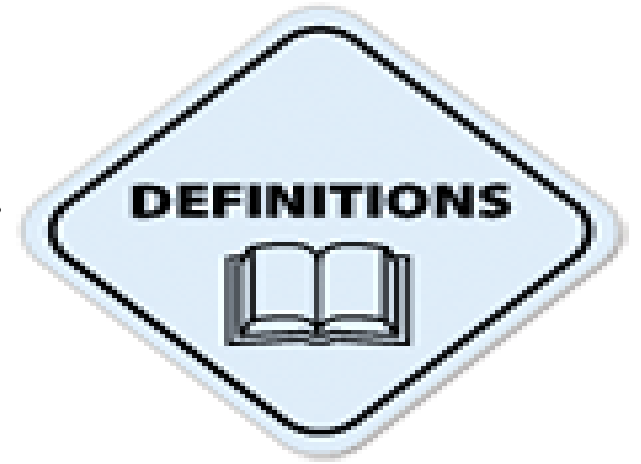
Ubogagu E., Harris D.G.: MJ Support. Palliat. Care 2012; 2: 294-300.

Modyfikacja: Jassem & Damps-Konstańska. Krwawienie z układu oddechowego. W: Krajnik M., Malec-Milewska M, Wordliczek J (red.) Chory na nowotwór. Kompendium postępowania w somatycznych objawach towarzyszących. Medical Education, Warszawa 2015

Zadania w zakresie leczenia objawowego w okresie umierania

- Właściwa ocena objawów i ich przyczyn
- Wprowadzenie/modyfikacja uprzednio wdrożonego łagodzenia objawów
- Zadbanie o właściwą drogę podawania leków, o dawkowanie
- Zabezpieczenie chorego w leki „w razie potrzeby” (oprócz stałego podawania leków łagodzących istniejące objawy) oraz, jeśli trzeba, jako prewencja bólu incydentalnego
- Rozważenie wskazań do nawadniania, zadbanie o komfort chorego (bardzo ważne – łagodzenie suchości w jamie ustnej);
- Przygotowanie zespołu i opiekunów na kryzys (np. krwotok);
- Regularna ocena skuteczności leczenia i monitorowanie objawów
- W wyjątkowych bardzo rzadkich sytuacjach rozważenie wskazań do sedacji paliatywnej (*palliative sedation*) (nie mylić z sedacją terminalną ani z sedacją na żądanie!!) - w opornych na leczenie objawach powodujących ogromne cierpienie chorego w okresie umierania, zgodnie z wymogami protokołów sedacji paliatywnej

Sedacja paliatywna



- Zastosowanie w **kontrolowany sposób** leków nieopiodowych w celu złagodzenia ogromnego (nie do zniesienia dla chorego) cierpienia spowodowanego **opornymi** na leczenie objawami fizycznymi (**niemożliwymi** do opanowania innymi metodami), poprzez zmniejszenie świadomości pacjenta z nieuleczalną i zaawansowaną chorobą w okresie, gdy **śmierć jest nieunikniona i bliska** (godziny, dni).

Zalecenia praktyczne

Warunki sedacji

- Ogromne cierpienie (nie do zniesienia dla chorego) ~ od opornych na leczenie objawów fizycznych
- Chory umierający
- Zgodne z wolą chorego. Wymagana jest uświadomiona zgoda pacjenta, a gdy nie jest on kompetentny - to wyznaczonego przez niego wcześniej „health care proxy” lub opiekuna sądowego. Dyskusja o ryzyku i korzyściach sedacji musi być ujęta w ramach uświadomionej zgody. Wtedy uzyskuje się zgodę podpisaną.
- Chory ma szansę wypełnić ważne dla niego sprawy

Dawkowanie

Właściwy wybór leku (np. ~ od wskazań, interakcji lekowych): midazolam, lewomepromazyna, chlorpromazyna, barbiturany, haloperidol, propofol;

- OPIOIDY są lekami przeciwbólowymi, a nie sedacyjnymi

Miareczkowanie

Celem jest złagodzenie objawów, które są odporne i nietolerowane przez chorego. Sedację należy miareczkować do poziomu minimalnego ograniczenia świadomości niezbędnego do tego, by objawy były już tolerowane przez chorego. Dla wielu chorych będzie to płytka sedacja, chorzy są odprężeni, zachowany jest kontakt słowny, chorzy mogą sami pić i jeść.

Gdy niewielka sedacja jest niewystarczająca, trzeba zwiększać jej stopień, miareczkując dawki leków.

Monitoring -

- Skale subiektywnej oceny głębokości sedacji

- Nie wykazano, aby sedacja paliatywna stosowana zgodnie z zasadami, przyspieszała śmierć.

Maltoni et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. Ann Oncol (2009) 20 (7): 1163-1169.

Sedacji paliatywnej nie należy mylić z sedacją terminalną
lub sedacją na żądanie!!

Zagadnienia

Współczesne umieranie.

Zagadnienia etyczne związane z końcem życia.

Opieka lekarza nad umierającymi.

Język umierających.

Próba poznania/zauważenia perspektywy pacjenta i uważność na jego potrzeby

„Unfinished business” – pomoc w wypełnieniu zadań umierającego:

- Przebaczenie: poprosić o przebaczenie; przebaczyć (innym i sobie)
- Podziękować
- Wyrazić miłość
- Pożegnać się

[Byock I. The Four Things That Matter Most, 2004].

Utraty, oddawanie niezależności krok po kroku, całkowita zależność od innych

Godność, szacunek, autonomia

Uważność lekarza na zmienioną/zmieniającą się percepcję umierającego

Nieprzytomny $\neq$ głuchy (słuch – obecny do końca; nigdy nie zakładaj, że chory cię nie słyszy; mów do niego nawet gdy jest nieprzytomny/ma ograniczona świadomość)

Wrażliwość akustyczna

Delikatny dotyk

Komfort, pomoc w komunikacji na głębszym poziomie;

Osoby z ograniczoną świadomością mogą odpowiadać poprzez słaby nacisk kciuka lub kurczenie palucha

„Szukanie dłoni”

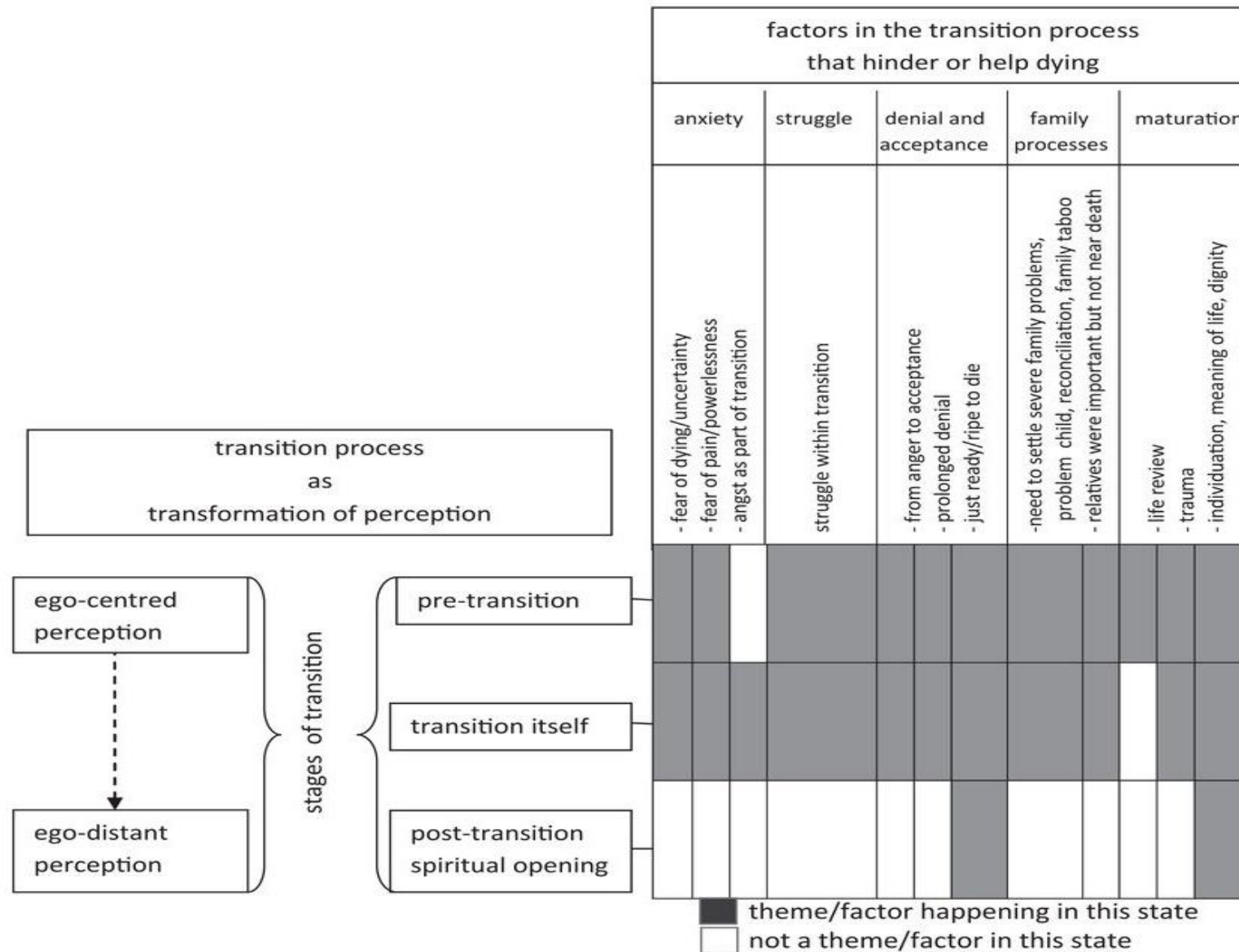
„Nearing death awareness” ; „Deathbed visions” (jako element „End of life experiences” (ELEs)

Callanan M & Kelley P, Final Gifts.
New York, NY: Bantam Books; 1992

Fenwick P, Lovelace H, Brayne S.
Arch Gerontol Geriatr 2010;51:173-179

Kategorie	komentarz
Przygotowanie do podróży lub zmiany	
Opisanie miejsca	Z zachwytem; piękne miejsce, kolory, muzyka
Mówienie do lub bycie w obecności osób zmarłych	Zwykle bliscy zmarli, czasem Istoty „duchowe” (opisywanych w zależności od religii); umierający czuje, że nie jest sam; Może prowadzić 2 konwersacje naraz: z tego i tamtego świata (cecha różnicująca z halucynacjami); Pokazuje ręką, palcem, patrzy w miejsce.... (zwykle róg pokoju); Godziny do tygodnie przed śmiercią; brak związku z lekami;; Może być to osoba, o której chory nie wie, że już nie żyje; W przeciwieństwie do halucynacji wiążących się ze splataniem i lękotwórczych, widzenie osób uspokaja, napawa ufnością i akceptacją śmierci
Wiedza, kiedy śmierć nastąpi	
Wybranie czasu śmierci	
Potrzeba pojednania	Zakończenie niezakończonych spraw; przebaczenie; pożegnanie; pozwolenie na oddanie aktywności, niezależności, ról, a wreszcie bliskich ludzi;

N = 80 (pilot study) + 600 (follow-up study)



Umieranie jako proces duchowej przemiany (transition)

Monika Renz. *Dying a transition*.
Columbia University Press, New York
2015

Renz M, Mao MS, Bueche D, Cerny T, Strasser F. Dying is a transition. *Am J Hosp Palliat Care* 2013; 30(3):283-90.

Jeśli umieranie jest procesem duchowym – co to oznacza dla lekarza?

Wymóg holistycznej oceny potrzeb i udzielania wsparcia

Czy mogę pomóc w zakresie czynników utrudniających umieranie?

Lęku,

Procesu rodzinnego

Własnej dojrzałości /godności/nadziei

Faza „przejścia” może być mylnie diagnozowana jako pobudzenie agonalne.

Próbować nauczyć się języka umierających!

Nowy wymiar wspierania w umieraniu

„Kiedy mówię o godzeniu się ze zbliżającą się śmiercią, nie mam na myśli ani pokornego poddania się ze strony pacjenta, ani też defetyzmu czy zaniedbania ze strony lekarza. Dla obojga jest ono przeciwieństwem bezczynności. Naszym zadaniem jest zmiana nastawienia do tego problemu, tak by był on postrzegany nie jako przegrana żyjących, ale osiągnięcie umierających. **Jako niezwykle, osobiste osiągnięcie pacjenta**”

C. Saunders, przemówienie podczas Kongresu Brytyjskiego Towarzystwa Medycznego, 1964.